FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1886-1887 N° 105

DES

EXOSTOSES ÉBURNÉES

DE L'ORBITE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 29 JUILLET 1887

PAR

Pierre POUCHET

Né à Cours (Gironde), le 9 Février 1859.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BADAL,	professeur,	*président.*
MASSE,	professeur.	*juges.*
DUDON,	agrégé,	
PIÉCHAUD,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17

1887

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1886-1887 N° 105

DES

EXOSTOSES ÉBURNÉES

DE L'ORBITE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 29 JUILLET 1887

PAR

Pierre POUCHET

Né à Cours (Gironde), le 9 Février 1859.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BADAL,	professeur,	*président.*
MASSE,	professeur.	*juges.*
DUDON,	agrégé,	
PIÉCHAUD,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17

1887

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DENUCÉ... Doyen honoraire.

PROFESSEURS :

MM. DENUCÉ..... } Professeurs honoraires.
BITOT..... }
MICÉ..... }

Anatomie	MM. BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY
Pathologie externe	AZAM..
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER
Thérapeutique	DE FLEURY.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PITRES.
	PICOT.
Clinique chirurgicale	DEMONS.
	LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	LANDE.
	ARNOZAN.
	RONDOT.
	ARTIGALAS.
	MOUSSOUS.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	DUDON.
	BOURSIER.
	PIECHAUD.
	LAGRANGE.
	POUSSON.
	DENUCÉ.
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. { MM. PLANTEAU. FERRÉ. | Histoire naturelle. .... M. NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. BERGONIE.
Phimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Charmacie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clinique méd. des enfants.	MM. NÉGRIÉ.	Maladies vénériennes.....	MM. VENOT.
Clinique chir. des enfants.	N.	Maladies mentales.....	N.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements..... M. LEFOUR, agrégé. | Chimie..... M. CARLES, agrégé.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

MEIS ET AMICIS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549625_0076

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR BADAL

Professeur d'Ophtalmologie, Chevalier de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

En abordant la question des tumeurs éburnées de l'orbite, nous n'avons pas eu l'intention de faire un traité didactique de ces ostéomes. Nous avons essayé de condenser dans ce travail inaugural les principaux caractères qui appartiennent spécialement aux exostoses éburnées de la cavité orbitaire, pour montrer d'une façon aussi évidente que possible leur différence d'avec les autres productions morbides de cette loge osseuse. Nous avons cru utile de dire quelques mots de leur traitement ; et pour bien faire ressortir l'utilité de l'extraction, nous avons brièvement relaté les principaux faits que nous avons pu recueillir. En un mot, nous pourrions définir notre travail.

« Un chapitre de pathologie chirurgicale. »

Avant d'entrer pleinement dans le cœur de notre sujet, nous tenons à exprimer notre sincère reconnaissance à notre maître M. le professeur Badal. C'est à lui que nous devons l'idée de cette étude; c'est lui, également, qui nous a autorisé à publier *in extenso* l'intéressante observation de ce jeune homme qu'il a opéré dans son service de clinique ophthalmologique de l'hôpital Saint-André il y a bientôt 5 ans. Qu'il reçoive ici l'expression de notre gratitude pour les bienveillants conseils qu'il nous a toujours prodigués.

DES

EXOSTOSES ÉBURNÉES

DE L'ORBITE

CHAPITRE PREMIER

DES TUMEURS OSSEUSES DE L'ORBITE EN GÉNÉRAL

Hypérostoses. — Ostéophytes. — Exostoses proprement dites. — Kystes osseux. Ostéo-sarcomes. — Exostoses éburnées.

Avant de parler des exostoses éburnées qui font le sujet principal de cette étude, nous croyons utile de décrire brièvement les principaux caractères des différentes tumeurs de l'orbite, dont la nature et surtout les symptômes communs paraissent leur donner de tels rapports que souvent le praticien le plus expérimenté peut parfois les confondre.

I. *L'hypérostose* consiste essentiellement en une hypertrophie des parois osseuses sans tumeur proprement dite. Cette affection est très rare et, d'après Galezowski, elle est presque toujours d'origine syphilitique. Bull, dans une observation, rapporte que sur 16,000 cas il n'a constaté que deux fois l'existence d'hypérostose. Mackensie en rapporte trois cas, et Demarquay cite deux faits où l'hypérostose atteint, en même temps que la paroi orbi-

taire, les os avoisinants. Virchow désigne l'hypérostose sous le nom de Léontiasis ossea. Bien que souvent elle soit le résultat de la scrofule ou de la syphilis, elle peut être néanmoins consécutive à une inflammation qui s'est arrêtée avant la période de désorganisation et de mort.

On l'a vue également survenir à la suite d'un traumatisme sur la région orbitaire.

Lorsqu'elle se développe spontanément, elle naît rarement dans la cavité orbitaire, elle provient la plupart du temps des régions avoisinantes. Histologiquement, on constate surtout un grand développement des canaux de Havers.

II. *Ostéophytes.* — Jusqu'à ce jour on n'a pas donné une grande place aux ostéophytes. Presque tous les auteurs les confondent dans la grande classe des ostéomes et des exostoses, et Chauvel, dans son article du Dictionnaire encyclopédique, croit inutile de faire un article spécial pour ce genre d'affection. « Nous com-» prendrions au besoin, dit-il, que l'on appliquât ce terme aux » végétations des bords ou des parois osseuses de l'orbite ; mais » en comprenant dans les ostéophytes, comme l'a fait Carron du » Villars et après lui Demarquay, des productions osseuses consi-» dérables, libres, isolées, enkystées, on arrive à une confusion » qu'il est utile de faire disparaître. »

III. *Kystes osseux.* — L'existence des kystes osseux admise par Mackensie, Demarquay, etc., est mise en doute par Berlin. Toutefois, Keate cite le fait d'un kyste siégeant sur le frontal à la partie supérieure de l'orbite dont l'ouverture donne issue à 28 hydatides. Gosselin en rapporte un cas chez un homme de 42 ans, qui semble guéri, après plusieurs injections iodées. Dans tous les cas, si les kystes osseux sont rares, les kystes hydatiques développés dans le tissu rétro-bulbaire existent assez souvent et peuvent même quelquefois en imposer pour une exostose de l'orbite. M. le professeur Badal nous a fréquemment parlé d'un kyste

hydatique chez une vieille dame et qui avait été pris pour un ostéome. L'observation sera publiée plus tard. Wirchow décrit un cas d'ostéome kystomateux dont on ne soupçonnait même pas l'existence. Il siégeait dans tout le lobe cérébral antérieur droit et faisait saillie dans l'orbite. Monod a présenté à la Société de chirurgie une femme atteinte d'un kyste séreux de la paroi supérieure de l'orbite. Cette femme a été opérée par le docteur Rouge (de Lausanne).

Dans ces différents cas, les kystes semblaient développés dans le sinus frontal, et ce n'est que par leur développement continuel qu'ils faisaient irruption dans la cavité orbitaire.

IV. *Ostéo-sarcome.* — Delarue le considère comme très rare. Mackensie rapporte des faits où l'orbite fut affecté secondairement. Demarquay décrit l'ostéo-sarcome de la cavité orbitaire comme très rarement primitif et ne lui reconnaît aucun caractère spécial. Pour quelques auteurs, l'ostéo-sarcome est une exostose fibreuse, tandis que sir A. Cooper la considère comme une exostose fongueuse de la membrane médullaire. La plupart du temps, lorsqu'on rencontre un ostéo-sarcome de l'orbite on peut présumer que son point de départ vient d'une région avoisinante, le plus souvent du maxillaire supérieur, et ce n'est que par propagation qu'il a fait irruption dans la cavité orbitaire.

V. *Exostoses.* — L'histoire des exostoses de l'orbite remonte déjà loin. J.-L. Petit a vu une exostose du bord orbitaire supérieur, vers le petit angle, faisant saillie sur le globe de l'œil déplacé. Delarue, Chelius, Bognetta, Caron du Villars... en ont fait une étude plus complète.

Les auteurs modernes en ont, du reste, rapporté de nombreux exemples.

Sous le nom d'exostoses, on désigne une tumeur constituée par un dépôt de matière osseuse de nouvelle formation. Leur siège est le plus souvent dans l'intérieur de l'orbite ; mais nous reviendrons

sur ce point lorsque nous décrirons les différents caractères des diverses variétés des tumeurs osseuses de l'orbite.

Nous diviserons les exostoses de l'orbite en *cellulaires*, *laminées* et *éburnées*.

a. *L'exostose cellulaire* présente une croûte externe ; à l'intérieur se trouve de nombreuses cloisons osseuses avec une grande quantité de parties molles et quelquefois hydatides. Dans ce dernier cas, il n'existe pas de différence bien sensible d'avec les kystes osseux, et il est bien facile de confondre ces deux genres de tumeurs.

b. *L'exostose laminée* consiste dans un mélange de lamelles osseuses et de cartilage, mais sans coque.

VI. *Exostose éburnée.* — L'exostose éburnée présente une structure analogue à celle de l'ivoire ; elle en a la couleur, le poli et la dureté. C'est à cette ressemblance qu'elle doit son nom d'éburnée.

De toutes les exostoses de l'orbite, c'est de beaucoup la plus fréquente. Sur 30 cas indiqués, Berlin relève : 19 exostoses éburnées, 7 mixtes à centre spongieux, 1 purement spongieuse, et enfin 3 totalement ou en partie cartilagineuses. Pour cet auteur, ces excroissances osseuses viennent du diploé et méritent bien pour cela le nom d'exostoses ; elles ne sont chimiquement que du tissu osseux et histologiquement elles ne se distinguent que par la rareté des canaux de Havers et des cavités médullaires, ainsi que par l'absence presque absolue de vaisseaux.

Pour Mackensie les exostoses orbitaires se développent sur toutes les parois. Carron du Villars leur donne comme siège habituel le maxillaire supérieur et l'arcade soucilière ; Demarquay la partie interne et inférieure de la loge. Sur 12 exostoses éburnées, il en compte 5 de la paroi externe et inférieure, 4 de la voûte, 3 du fond de l'orbite. Foland les croit aussi fréquentes en dedans qu'en dehors, tandis que Fleys leur fixe comme lieu

d'élection la paroi supérieure. Le Dentu prétend que les exostoses éburnées se rencontrent surtout aux parois supérieure et interne; Berlin partage cette opinion et s'appuye sur des chiffres plus considérables. Sur 49 cas, 31 naissent de la paroi supérieure et interne, 10 de la paroi interne, 6 de la paroi inférieure ou inféro-interne; un seul vient de la portion écailleuse du temporal. Enfin dans un cas, la production osseuse entoure comme un anneau toute l'ouverture orbitaire. D'après l'ophthalmologiste allemand, la détermination anatomique du point de départ de l'exostose peut être très rarement indiquée. Pour lui, il résulte de l'examen des faits que le frontal doit être placé en première ligne comme point de départ, et l'ethmoïde en seconde ligne.

La grosseur peut varier du volume d'une noisette à celui d'une grosse boule pouvant oblitérer toute la cavité orbitaire. Les ostéomes de l'orbite affectent des formes variées; tantôt elles ont l'aspect d'une tige, tantôt elles sont arrondies et rattachées à la paroi orbitaire par un étroit collet. Arcel cite un cas où l'exostose avait la forme d'une cupule dans laquelle l'œil était logé. Le poids de ces néoplasmes ne dépasse guère en général 58 à 60 grammes.

CHAPITRE II

PATHOGÉNIE. — SYMPTOMATOLOGIE DES TUMEURS ÉBURNÉES DE L'ORBITE. — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — MARCHE. — TERMINAISON

Les tumeurs éburnées présentent un aspect mamelonné; parfois elles sont lisses à leur surface et arrondies; d'autres affectent les formes les plus irrégulières. Elles présentent une surface d'implantation dans l'orbite, beaucoup moins large que partout ailleurs; très souvent elles paraissent libres; quelquefois munies d'un petit pédicule, recouvertes par la muqueuse qui leur constitue une sorte de mésentère. Les dimensions, ordinairement du volume d'une noisette (Maisonneuve), présentent quelquefois la grosseur d'un œuf de poule. D'après Tentor, elles peuvent atteindre un développement aussi considérable que le volume de la tête d'un enfant.. Ce cas est absolument exceptionnel. Le siège de ces tumeurs étant de préférence sur les parois supérieure et interne de l'orbite, il en résulte que, presque toujours, il y a connexion de ces tumeurs avec les tissus frontaux et ethmoïdaux. Elles sont isolées ordinairement des parties molles et environnantes par une sorte de cavité kystique qui les contient.

D'après Virchow, ces tumeurs sont composées de lamelles osseuses concentriques, parallèles à la surface de la tumeur. Au milieu de ces lamelles, on trouve des corpuscules osseux dont les canalicules rayonnent vers la périphérie. Il n'existe jamais de vaisseaux dans ce genre de tumeurs (Cornil). Pour M. Dolbeau, les exostoses de la face en général ne sont que des corps étrangers n'adhérant qu'au périoste, pouvant, il est vrai, s'enclaver sans

jamais adhérer au squelette. (*Gazette des Hôpitaux,* 1871, p. 215.) Ce dernier point nous paraît sujet à contestation, et nous ne pensons pas que les ostéomes, soit de la face, soit de l'orbite, ne proviennent simplement que d'une altération plus ou moins profonde du périoste sans endommager le tissu osseux. Si l'opinion de M. Dolbeau était l'expression de l'exacte vérité, il n'existerait plus d'exostoses, mais simplement des périostites chroniques.

Au début de leur formation, ces tumeurs présentent la structure des cartilages; mais cette période de transition n'est pas indispensable, et l'on croit généralement que les exostoses éburnées peuvent, d'emblée, présenter leurs caractères particuliers sans passer par l'état cartilagineux. Quant à leur structure, les tumeurs éburnées ne diffèrent en rien de celle d'un os sain. Elles prennent naissance dans le diploé, refoulant devant elles le tissu compacte des os, et formant ainsi une tumeur arrondie et égale.

Les tumeurs éburnées de l'orbite naissent aussi souvent des cavités voisines que des parois même de la loge. Du reste, quel que soit leur lieu d'origine, le plus souvent elles tendent à s'agrandir de tous les côtés à la fois, et si leur volume est considérable, elles sont rarement comprises dans une seule région. Elles siègent le plus souvent, comme nous l'avons déjà dit, à la partie supérieure et interne, parce qu'elles prennent le plus souvent naissance dans les sinus frontaux et les cellules ethmoïdales. Ce n'est que par leur développement progressif qu'elles viennent faire saillie dans l'orbite ; mais comme l'accroissement se fait généralement de tous les côtés à la fois, il en résulte que peu à peu les tumeurs formées dans les sinus frontaux perforent la paroi inférieure du sinus et pénètrent ainsi dans la cavité crânienne ; dans tous les cas, elles établissent au moins entre les deux cavités des communications qui peuvent être la source d'accidents excessivement graves. De tout temps on a considéré la scrofule, la syphilis, le rhumatisme, le scorbut, comme causes efficientes des exostoses.

La scrofule paraît jouer un rôle beaucoup moins efficace, et, d'après Chauvel, on ne connaîtrait pas d'exostose éburnée de l'orbite d'origine scrofuleuse. Les traumatismes ont été souvent invoqués, et nous pensons que c'est à ce genre de causes qu'il faut attribuer la plupart des tumeurs de l'orbite quel que soit leur genre.

Sur 23 cas, les hommes comptent 11 cas, les femmes 12. Le sexe ne paraît donc pas exercer d'influence sur leur production. Sur 17 observations où l'âge du patient est indiqué, Chauvel rapporte : 8 sujets de 10 à 20 ans, 2 de 20 à 30 ; 5 entre 30 et 50, et 2 au-dessus de 50. Le malade qui fait le sujet de notre observation XVI est âgé de 70 ans.

En raison du développement très lent de l'affection, on ne peut attacher que peu d'importance à ces chiffres ; mais l'on voit tout de même que dans le plus grand nombre des cas l'exostose orbitaire débute à la période de croissance entre 10 et 25 ans.

Il y aurait donc une certaine analogie, sous ce rapport, entre ces productions morbides et les exostoses épiphysaires de l'adolescence. Dolbeau et Duplay ont parfaitement compris et démontré ce rapport. On ne peut pas invoquer une prédisposition spéciale, comme cause première aux tumeurs éburnées de l'orbite; les faits sont notoirement reconnus sur ce point, malgré l'opinion émise par Arnold, Conheim et Berlin.

Les ostéomes éburnés de l'orbite présentent un grand nombre de caractères communs à ceux des autres tumeurs solides qui peuvent siéger dans la loge orbitaire. Pour bien établir la différence de ces néoplasmes, nous allons en étudier les principaux symptômes.

Dès le début de l'affection, il ne se montre absolument aucun signe d'une valeur réelle qui puisse mettre sur la voie du diagnostic.

Le patient n'accuse d'abord qu'un peu de céphalalgie ou des douleurs siégeant dans l'orbite; parfois on observe de la parésie musculaire localisée de peu d'importance. Ce n'est que lorsqu'on

voit des phénomènes sensibles et extérieurs, que l'attention est éveillée sur l'existence possible d'une tumeur siégeant en arrière de l'œil. Dans ce cas, il est urgent de mettre en usage tous les moyens d'exploration que l'on a sous la main pour arriver à un diagnostic sûr et positif.

La *vue* nous renseigne sur la situation du globe de l'œil dans l'orbite, sur sa mobilité, sur l'état apparent des paupières, de la conjonctive, de la cornée, de l'hémisphère antérieur du globe. S'il existe une saillie anormale, elle nous indique son siège, ses dimensions, ses rapports avec les parties voisines, la présence de pulsations ou de mouvements d'expansion, ainsi que les changements de coloration.

A l'aide de l'*éclairage artificiel,* nous constatons les modifications de la rétine, de la papille, et, d'une façon générale, des membranes du fond de l'œil.

Dans le cas d'affections orbitaires, il faut recourir au *toucher* avec le plus grand soin. C'est lui qui nous donne les renseignements les plus précis sur la forme et la consistance de la tumeur, c'est lui, par conséquent, qui nous en indique la nature. Si ce dernier genre d'exploration est facile pour examiner les parties antérieures de l'orbite et ses parois osseuses, il n'en est plus de même pour les parties profondes. Malgré quelquefois la propulsion du globe en avant, qui souvent est considérable et facilite, dans ce cas, le glissement de la pulpe du doigt entre le bulbe et l'orbite, la présence des paupières gêne considérablement l'exploration. Dans ce cas, on peut avoir recours au *toucher sous-palpébral* de de Grœfe, c'est-à-dire à l'introduction du doigt entre les paupières et le globe oculaire, en repoussant ce dernier et le luxant le plus souvent en avant et en bas. Dans ce cas, l'anesthésie avec la cocaïne est indispensable à cause de la douleur que provoque un tel procédé. On obtient ainsi des renseignements précis sur la consistance, la forme, le siège et les limites de la tumeur. C'est

de beaucoup le moyen d'exploration le plus important dans l'examen d'une tumeur de l'orbite.

L'*auscultation* nous révèle l'existence des bruits, des murmures vasculaires, des souffles dont la nature et la consistance sont d'une haute valeur.

En ajoutant à ces procédés les données fournies par la *ponction exploratrice,* le *harponnement* et l'*acupuncture,* nous aurons réuni tous les procédés d'exploration que fournissent les moyens objectifs et par contre les symptômes.

L'interrogation du malade, la marche de la maladie, l'examen des troubles subjectifs, douleurs, perte de la vision, joints à l'exploration attentive des parties voisines et surtout des fosses nasales et du crâne, permettront quelquefois de poser un diagnostic au moins très probable.

Pour nous résumer, nous pouvons diviser le développement des tumeurs de l'orbite, du moins pour celles qui siègent à la partie postérieure du globe de l'œil en deux phases : la première silencieuse relativement et toujours très obscure, la seconde, plus visible, seule importante pour la reconnaissance de la lésion morbide.

Tels sont les moyens d'investigation que le chirurgien doit toujours employer pour bien se rendre compte des différents symptômes que nous allons énumérer.

La coloration est de peu d'importance, si ce n'est pour les angiomes orbitaires développés en parties dans les paupières, et pour certains kystes à parois minces et à contenu liquide séreux qui offrent une coloration bleuâtre ou noire. La transparence ne se rencontre que dans l'encéphalocèle ou les tumeurs kystiques, encore est-elle excessivement rare. Inutile de parler de la coloration noirâtre du sarcome mélanique.

L'exophthalmos ou *exorbitis* est presque toujours un signe constant des tumeurs de l'orbite, à moins qu'il ne soit le résultat d'un

épanchement de sang. On le rencontre aussi dans le cas de paralysie de tous les muscles de l'œil (ophtalmoptosis). Ce signe manque si les productions morbides, en même temps que très petites, sont situées en avant du globe de l'œil.

Il ne faut néanmoins pas confondre *l'exophtalmos,* avec *l'hydrophtalmie* qui résulte de la distension du globe de l'œil. Celle-ci s'accompagne forcément d'un déplacement du pôle antérieur du bulbe en avant ; mais un examen soigneux, par l'accroissement de volume de la sphère oculaire, la distension et l'amincissement de la sclérotique devenue bleuâtre, par la myopie considérable, les douleurs ciliaires violentes, ne permet pas de la confondre avec la simple propulsion. Quand le sommet de la cornée se trouve sur un plan plus antérieur que le rebord orbitaire externe, il est à peu près certain qu'il s'agit d'un exophtalmos réel. Le degré de la propulsion est en rapport avec les dimensions de la tumeur ; suivant Berlin, il est moindre quand la néoplasie siège dans la profondeur de la cavité, parce que dans ces cas la résorption du tissu cellulo-graisseux précède la protusion. Suivant la nature et la consistance de la tumeur, on peut plus ou moins facilement refouler le globe de l'œil dans la cavité orbitaire en la comprimant. On comprend aisément combien cette donnée devient importante pour établir le diagnostic de l'affection orbitaire.

Le sens de déplacement du globe varie nécessairement d'après le siège de la tumeur. Ainsi, lorsque la glande lacrymale et les parties voisines sont affectées, l'œil est constamment refoulé en bas et en dedans. Un néoplasme développé dans le cône des muscles droits, ou un épanchement diffus dans le tissu cellulaire rétro-bulbaire refoulera la bulbe directement en avant dans une direction axile. Si la protusion est latérale, il faut chercher les causes sur la paroi opposée. Quelquefois le globe subit un mouvement de rotation autour de son axe antéro-postérieur. En général, comme

la fréquence du développement des tumeurs éburnées se fait sur la partie supéro-interne de la cavité orbitaire, le globe sera fortement déjeté en bas et légèrement en dehors.

La rapidité du développement de l'exorbitis doit être attribuée à une action brusque, telle qu'un épanchement d'air ou de sang dans la profondeur de la loge. Dans les affections à marche lente, l'exophtalmos au contraire, ne s'accroît que dans l'espace de mois et d'années lorsqu'il arrive à un développement considérable.

Il est facile de comprendre la difformité horrible qui résulte d'un tel phénomène, et quels dangers court l'organe, lorsque la cornée se trouve dépourvue de sa protection naturelle et par le fait exposée à l'action des agents extérieurs.

La perte ou la limitation des mouvements de l'œil est infiniment liée aux déplacement de l'organe. Dans ce cas elle est mécanique, et résulte de l'obstacle matériel apporté par la production morbide. Ordinairement partielle quand l'exophtalmos est latéral, la perte de mobilité siège du côté où se trouve la tumeur.

D'autres fois la diminution de mobilité peut être dite fonctionnelle lorsqu'elle est le résultat d'une paralysie des muscles moteurs de l'œil, que cette paralysie soit occasionnée par une distension des fibres musculaires lorsque la tumeur siège dans les muscles, ou bien qu'elle soit le résultat d'une compression du nerf moteur par le néoplasme. Cette parésie est parfois primitive. Berlin l'a observée trois fois comme symptôme de tumeurs nées dans le voisinage de la fissure orbitaire supérieure ou dans la fissure elle-même.

En général la perte des mouvements du globe oculaire est en rapport avec le degré de propulsion du globe. Si elle est très prononcée avec un exosphtalmos léger, il faut craindre une affection maligne, tandis qu'un exorbitisme très prononcé avec conservation relative des mouvements plaide toujours en faveur d'une tumeur de bonne nature (De Grœfe).

Le ptosis est un phénomène assez fréquent, lorsque la néoplasie occupe la partie supérieure de la cavité orbitaire.

Le strabisme qui existe presque toujours et surtout *la diplopie* indiquent au praticien le siège des paralysies musculaires.

Lorsque la tumeur devient accessible à la vue et au toucher, l'exploration objective permet de constater quelques symptômes qui ne sont pas sans importance.

La palpation nous indique le siège de la tumeur, sa forme, ses limites, sa grosseur, sa consistance et surtout sa mobilité sur le globe oculaire et sur les parties osseuses. Mais ce n'est qu'à une période assez avancée et toujours à un faible degré que le toucher nous fournit ces indications. Ne pouvant s'appliquer qu'à la partie superficielle, il ne donne aucun renseignement précis sur les rapports profonds de tous les plus importants au point de vue de l'opportunité d'une intervention. Sans doute, on peut avoir recours au toucher sous-palpébral, mais il est loin d'être sans danger. Dans certains cas, le chirurgien peut avoir recours à la ponction exploratrice, ou bien à l'examen microscopique d'une parcelle de la tumeur enlevée à l'aide d'un petit trocart spécial; mais ce dernier procédé nous paraît présenter de grands dangers et doit être rejeté la plupart du temps. La ponction au bistouri ou même avec un aspirateur, quoique n'étant pas toujours sans inconvénient, devient d'un grand secours pour le diagnostic d'une tumeur profonde. Ce procédé nous indique non seulement la nature du néoplasme, mais encore la marche à suivre pour la guérison. L'acupuncture peut parfois être fort utile en nous faisant connaître l'état de résistance des parois osseuses, les déplacements qu'elles ont subis, mais elle doit être pratiquée avec une grande réserve, surtout du côté de la voûte orbitaire en raison du voisinage du cerveau.

Les douleurs varient beaucoup suivant la nature de la production morbide et dépendent surtout de la compression exercée par la tumeur sur les différents nerfs sensitifs et sur le globe oculaire, ou bien encore des altérations de ce dernier.

On comprendra, en effet, que les lésions de la cornée, les ulcérations de cette membrane, les inflammations de l'iris, des procès ciliaires, de la choroïde, se traduisent par des douleurs plus ou moins violentes. En général, en exceptant les périostites et les ostéités syphilitiques où l'acuité des souffrances est parfois sans rapport avec la gravité des lésions anatomo-pathologiques, les douleurs, au point de vue de leurs violences, coïncident avec la marche plus ou moins rapide du processus morbide.

Dans les tumeurs osseuses, habituellement les douleurs sont sourdes et intermittentes ; dans l'hypertrophie ou l'œdème du tissu rétro-bulbaire, nulles au début, parfois très vives si l'affection progresse ; elles sont lancinantes, étendues et très fréquentes dans le cancer, très changeantes dans les tumeurs vasculaires et de forme essentiellement variables. Que ces douleurs spontanées résultent d'une altération des nerfs sensitifs envahis par le néoplasme ou d'une comprssione mécanique, elles se montrent le plus souvent sous la forme de véritables névralgies s'étendant rapidement à toute la moitié correspondante de la tête. Il faut, dans tous les cas, toujours se rendre un compte exact de l'état de l'œil, car les phénomènes douloureux peuvent dépendre d'une augmentation de la tension intra-oculaire ou d'une altération de l'organe.

Troubles circulatoires. — Les troubles circulatoires sont de deux ordres. Le plus frappant est la pulsation de la tumeur ou de l'œil lui-même, tantôt apparente au premier regard, tantôt seulement sensible au toucher. Broca indique le procédé suivant pour les cas difficiles : on humecte légèrement la face superficielle de la tumeur de façon à produire un miroitement qui rend plus appréciable à la vue les mouvements les plus légers de la surface.

Souvent la pulsation coïncide avec un mouvement d'expansion perçu par la main ou avec un simple soulèvement indiquant que la cause des battements est indépendante de la grosseur même.

Il faut relever avec soin le synchronisme des pulsations avec les contractions cardiaques et les mouvements respiratoires.

En même temps l'auscultation décèle le plus souvent l'existence dans la tumeur et parfois dans les régions voisines d'un bruit de souffle continu ou intermittent qui par son intensité empêche le malade de reposer un seul instant. Tous les phénomènes de cet ordre sont de source artérielle ou respiratoire.

Il existe en outre, très souvent, des troubles de la circulation de retour : engorgement des veines orbitaires, conjonctive et paupière, avec œdème plus ou moins marqué des deux paupières ; coloration violacée de ces voiles membraneux, dilatation des réseaux sous-cutanés et des veines rétiniennes.

Troubles visuels. — Il est rare de noter dans le cas de néoplasies de la loge orbitaire une modification de la réfraction statique de l'œil. Théoriquement, la compression exercée par une tumeur rétro-bulbaire doit diminuer la longueur de l'axe antéro-postérieur du globe et produire l'hypermétropie; à l'opposé la compression produite à l'équateur du bulbe augmente la longueur de cet axe et doit déterminer la myopie. Galezowski cite un cas de kyste séreux où l'exophtalmos et la myopie disparaissaient ou reparaissaient selon que la poche était vide ou pleine.

Ces faits sont de peu d'importance pour le diagnostic, et on ne doit pas s'attarder à ces deux symptômes. Du reste, presque toujours le globe est allongé avec tension oculaire exagérée (tension glaucomateuse). Les troubles d'accommodation, *mydriase* et *paralysie des muscles ciliaires,* sont d'un secours beaucoup plus sérieux. Ces troubles sont occasionnés soit par une compression, soit par l'altération du ganglion ophtalmique et des filets qui en émanent.

Les tronbles visuels de l'appareil nerveux sensitif consistent en l'absence de la vision centrale, scotome, rétrécissement du champ visuel, amblyopie qui peut aboutir progressivement ou rapidement d'une amaurose complète. L'amblyopie s'explique au debut par

une stase veineuse plus ou moins prononcée, par une anémie et le plus souvent une ischémie artérielle, résultat de la compression des voies circulatoires de retour ou du tronc nerveux optique. Le gonflement œdémateux de la papille, gonflement exceptionnellement partiel, fait rapidement place à une prolifération conjonctive, à une papillite dont l'atrophie cicatricielle est la conséquence presque inévitable (œdème, névrite, atrophie). On voit quelquefois survenir des complications telles que hémorrhagies rétiniennes, des exudats et des décollements de la rétine amenant presque toujours du trouble du corps vitré : ces complications comme les précédentes résultant de la stase veineuse ou de la compression exercée directement par le nerf optique. Ces phénomènes sont en rapport avec le siège et les dimensions de la tumeur, mais il est reconnu que la compression latérale du nerf optique est toujours plus redoutable qu'un simple allongement.

Le trouble du corps vitré peut survenir simplement à la suite d'une inflammation de la choroïde.

Les modifications anatomiques du tronc nerveux viennent plus ou moins du processus atrophique étendu aux parties voisines de la rétine.

Leber cite un cas d'épanchement de sang dans le nerf optique et l'explique comme la thrombose d'une veine centrale par une stase mécanique. Quant à la névrite proliférante, Berlin en rend compte par la forte hypérémie fluxionnaire des tumeurs et de leur pourtour qui conduit au moins pour la partie intra-oculaire du nerf optique à un excès de matériaux nutritifs alors que les voies circulatoires nécessaires à leur intégrité fonctionnelle sont déjà rétrécies ou obstruées.

Quant à l'envahissement du nerf optique par le néoplasme, aucun fait n'en démontre la possibilité. Il en est de même pour l'envahissement du globe de l'œil par une tumeur primitivement développée dans le tissu sous-jacent. La nature des troubles

visuels et l'aspect de l'image ophtalmoscopique ont peu de rapport avec la nature de la néoplasie, tandis qu'ils sont assez étroitement liés à la rapidité de son développement. D'après Galezowski, dans le cas de tumeurs syphilitiques ou de polypes naso-pharyngiens, il y a atrophie du nerf visuel sans inflammation préalable.

Lorsque la compression du nerf optique est rapide et forte, de même que si l'obstacle à la circulation de retour est considérable et brusquement établi, les lésions du nerf peuvent être portées à un degré assez élevé pour qu'il n'y ait plus de guérison possible. Lorsqu'au contraire la compression et la distension sont lentes et graduelles, les altérations anatomiques sont bien moins profondes et la vue peut se rétablir après l'ablation de la tumeur. Quand la compression est extrême, la cornée poussée en avant et dépourvue de toute protection, s'enflamme, s'ulcère et se perfore; à la suite de ces accidents on ne tarde pas à constater la fente de l'œil et l'atrophie de l'organe.

Les troubles de sécrétion qui surviennent pendant le cours des néoplasies de la voûte orbitaire, tels que *épiphora, catarrhe muco-purulent du sac lacrymal, suppuration* plus ou moins prononcée de la *conjonctive oculaire et palpébrale* en rapport avec une hypérémie, une infiltration et un soulèvement plus ou moins considérable de la muqueuse, n'offrent que peu d'intérêt clinique. Les tumeurs de l'orbite ne peuvent acquérir un développement considérable sans repousser devant elles les parois osseuses, sans amener leur usure, leur perforation, si le tissu lui-même n'est pas envahi par les néoplasmes. Les parois se laissent parfois refouler à un degré incroyable dans le cas de tumeurs bénignes et à marche lente. Mackensie rapporte un cas où il put, dans la loge orbitaire agrandie, loger le poing tout entier. On rencontre également la diminution, le retrécissement de l'orbite après l'ablation du globe oculaire ; le fait est tous les jours constaté par les oculistes.

Lorsque ce retrécissement existe, la diminution, d'après Joseph, porte de préférence sur le diamètre vertical de l'orifice : cet auteur l'attribue à l''action du muscle temporal qui pince la mâchoire inférieure contre la supérieure. Cette déformation loin d'être constante, paraît plus commune dans l'enfance. Berlin cite le cas d'une jeune fille de 19 ans, qui ayant perdu l'œil gauche par suite d'une ophtalmie des nouveau-nés n'avait jamais porté d'œil artificiel, et dont les deux orbites présentaient absolument les mêmes dimensions.

La compression exercée sur les parois de l'orbite amène parfois l'usure et la perforation des lames osseuses. La tumeur se porte alors hors de la cavité primitive. Si la perforation a lieu dans le nez, le sinus maxillaire, la fosse temporale ou zygomatique, le néoplasme, vient faire saillie en ce point. Il est aisé de comprendre combien cette complication devient dangereuse, lorsque la perforation a lieu à la paroi supérieure de la voûte orbitaire; dans ce cas, il y a à redouter non seulement les accidents résultant de la compression du cerveau par la tumeur, mais encore la méningite et l'encéphalite suppurée qui compliquent sérieusement le pronostic au point de vue d'une intervention éventuelle.

D'après ces derniers faits, on voit de quelle importance est l'examen des cavités et des parties voisines de l'orbite. La rhinoscopie antérieure et postérieure, le toucher manuel et le stylet précieusement employé, nous renseignent sur l'occlusion partielle ou totale des narines, sur les déplacements de la cloison, sur les déformations osseuses invisibles au dehors, et sur la présence d'excroissances ou de tumeurs pour ainsi dire secondaires dans l'intérieur de ces cavités.

Pour l'antre d'Highmore, les signes peuvent rester fort longtemps douteux à cause de la production des déformations de la face ou du palais qui se produisent toujours avec une grande lenteur.

Il en est de même pour la fosse temporo-zygomatique où l'épaisseur de la couche musculaire cache pendant un temps parfois long les altérations de l'intelligence, de sensibilité, de la motilité; plus tard, vertiges, convulsions, attaques épileptiformes ou paralysies; parfois la possibilité de la réduction de la tumeur et les phénomènes graves qui l'accompagnent; plus rarement des mouvements d'expansion, mettent le chirurgien sur la voie de la pénétration de la tumeur dans la cavité crânienne.

Quant à la muqueuse du sinus, elle coiffe habituellement ce genre de tumeurs, qui peuvent être multiples, ainsi que c'était le cas dans une observation de Panas que nous relatons.

Tel est l'aperçu rapide des principaux symptômes que nous donnent les différentes tumeurs qui peuvent se développer dans l'orbite. A ces signes déjà nombreux nous devons ajouter ceux qui sont propres aux exostoses, et particulièrement ceux qui caractérisent les ostéomes éburnés de la cavité orbitaire; nous aurons alors tracé leur symptomatologie complète.

La marche de l'affection varie avec sa structure spongieuse ou compacte. L'exostose à tissu spongieux se développe assez rapidement, tandis que l'exostose éburnée, dont la nature est essentiellement compacte, met des années entières pour acquérir un volume considérable.

Cependant, les exostoses d'origine syphilitique ont une marche beaucoup plus rapide, qui doit attirer spécialement l'attention. Dans ce dernier cas, les douleurs violentes de la nuit, la multiplicité fréquente des tumeurs témoignent d'un processus relativement aigu, et la possibilité d'une guérison complète semble indiquer qu'il s'agit plutôt de périostoses que d'exostoses véritables.

Les tumeurs osseuses, compactes, éburnées, sont tout à fait indolentes par elles-mêmes, et nullement sensibles au toucher, à la pression, à l'action violente des instruments. On comprend aussi que par la compression qu'elles exercent sur les filets ner-

veux sensitifs, par l'altération de l'œil qu'elles déterminent, ces tumeurs deviennent, à un moment donné de leur évolution, la cause de violentes souffrances parfois intolérables.

Le globe oculaire ne peut échapper à la production de ces énormes productions qui le chassent peu à peu hors de la loge orbitaire. Quand les paupières ne peuvent plus le mettre à l'abri des agents extérieurs, la cornée s'enflamme, s'ulcère, se nécrose, et l'œil s'atrophie par fonte purulente. Dans ces conditions, les douleurs sont toujours très vives; il peut arriver même dans ces cas de l'ophtalmie sympathique.

L'exophtalmos varie suivant la situation et les dimensions. Il résulte de la distension lente du nerf optique que les troubles visuels peuvent, si le globe n'est pas profondément altéré, diminuer ou disparaître après l'ablation de la tumeur. Ce fait, signalé par Mackensie, a été bien mis en relief par une observation de Bowmann. Avant l'opération, l'ophtalmoscope montre une rougeur si vive de la pupille qu'elle ne se reconnaît sur le fond de l'œil que par l'émergence des vaisseaux rétiniens. Deux mois après l'ablation, le nerf optique avait repris sa couleur normale et la vue s'était rétablie. L'observation de M. le professeur Badal, que nous rapportons à la fin de cet ouvrage, vient à l'appui de celle de Bowmann. En présence de tels faits, nous pouvons admettre que les troubles visuels sont fort souvent la conséquence de perturbations circulatoires et non de lésions anatomiques irrémédiables.

A côté des phénomènes morbides que nous venons de signaler se placent les symptômes résultant de l'action de la tumeur sur les parties voisines et de sa pénétration dans ces cavités. La distension des parois osseuses, la déformation de l'orbite et de la face, l'usure et la perforation des os sont la suite de cette compression lente et continue.

Dans les fosses nasales, l'exostose devient une cause de gêne respiratoire ; dans le crâne, une menace d'accidents cérébraux. Il

est vrai qu'ici les accidents cérébraux ne se traduisent pas d'une façon évidente comme pour les autres tumeurs, surtout celles qui ont une marche rapide. Le cerveau supporte aisément une compression lente, il s'y habitue et ne se traduit au dehors par aucun phénomène appréciable ; mais comme pour les autres néaplasies, il peut survenir une cause d'inflammation, et alors les accidents ne tardent pas à éclater.

Lorsque la tumeur devient accessible à l'exploration, son immobilité, sa dureté spéciale sont, avec l'absence de toute réaction, des signes qui permettent de soupçonner sa nature. La consistance est peu facilement appréciable au travers des parties molles ; elle varie avec la texture du tissu osseux. Abadie admet deux formes d'exostose orbitaire: la première est pédiculée ou sessile et adhère intimement aux parois ; son développement est lent, régulier et progressif. La seconde variété n'a ni pédicule, ni base, ni implantation et semble faire corps avec la paroi osseuse par laquelle elle s'est développée ; sa croissance est plus rapide.

Et maintenant, si nous résumons les caractères particuliers des exostoses éburnées, nous trouvons : marche essentiellement lente, n'occasionnant jamais de douleurs que consécutivement par la compression des nerfs sensitifs ou par l'altération du globe de l'œil qu'elles déterminent ; exophtalmos plus ou moins accentué suivant la situation et les dimensions ; en général, l'œil est refoulé en bas et en dehors ; troubles visuels disparaissant ordinairement après l'ablation du neoplasme ; gêne respiratoire par les fosses nasales lorsque la compression ou l'expansion s'exercent de ce côté ; pas de troubles fonctionnels venant de l'encéphale malgré la pression que la tumeur peut y exercer; enfin dureté spéciale qui résiste même à l'action de très forts instruments. L'exostose peut être pédiculée ou ne présenter aucune surface d'implantation.

Ces différents signes font bien reconnaître l'existence d'un ostéome dans la cavité orbitaire. Mais de quelle nature est cet

ostéome ? Ici le diagnostic devient plus difficile pour ne pas dire souvent impossible. La plupart du temps le chirurgien ne peut émettre son opinion d'une façon certaine que pendant ou après l'extirpation de la tumeur. Si le patient ne peut ou ne veut pas supporter une opération, il faut forcément faire des réserves sur la production osseuse, l'autopsie seule pouvant dans ce cas faire disparaître tous les doutes.

Mais si le diagnostic sur la nature de l'exostose est difficile, il n'en est pas de même sur les autres tumeurs qui peuvent se développer dans la loge orbitaire.

La symptomatologie des ostéomes que nous venons de décrire établit nettement la différence de cette affection d'avec les néoplasies d'autre nature qui peuvent se former dans l'orbite.

Les exostoses de l'orbite prennent-elles toutes naissance directement dans la loge? Assurément, non, et les néoplasmes qui affectent cette cavité prennent beaucoup plus souvent leur origine sur une partie voisine que dans l'orbite même. Ce n'est donc que par expansion, par suite d'un développement considérable, que la cavité orbitaire se trouve atteinte.

Nous allons montrer brièvement la différence qui existe entre les ostéomes développés dans l'orbite et ceux venant des parties avoisinantes.

Les productions morbides extérieures sont rares du côté du *temporal de l'orbite*. Le soulèvement de la région, la gêne dans les fonctions de la mâchoire inférieure peuvent éveiller l'attention. Mais une tumeur née dans la fosse stérygo-maxillaire pourra exercer son action sur les parois de la cavité orbitaire avant de faire à l'extérieur une sallie appréciable. Il est facile de comprendre que dans ces conditions le diagnostic du point de départ du néoplasme est toujours très obscur et souvent impossible. L'analyse des symptômes actuels, la succession des troubles fonctionnels peuvent mettre sur la voie, mais l'exploration par la bouche, par le

dehors ne pourraient que confirmer ces présomptions sans donner un résultat précis.

Les tumeurs des fosses nasales, en déplaçant ou perforant l'unguis ou l'ethmoïde, viennent faire saillie dans la cavité orbitaire. Cette protusion dans l'orbite ne se produit qu'au bout d'un certain temps, quand le néoplasme présente un volume considérable. Or, avant ce moment, l'attention du malade et du médecin est éveillée par les signes de gêne respiratoire et de rétrécissement ou d'obstruction complète de l'une des narines.

La cloison est déjetée, le nez déformé, et l'examen rhinoscopique et le stylet permettent de constater, dans la fosse nasale, la présence de la tumeur. Il est très rare qu'un néoplasme de l'orbite passe dans les fosses nasales. La marche de l'affection, la succession des phénomènes permettent de déterminer le point de départ du néoplasme.

Pour les *tumeurs du sinus maxillaire*, l'erreur est plus facile, parce que la résistance des parois antérieur et inférieur de cette cavité ne laisse à la dilatation, à la déformation, que les parois interne et supérieur. Cette dernière, qui constitue le plancher de l'orbite, est facilement déplacée, perforée, et livre passage au néoplasme qui, parti de l'antre d'Highmore, vient faire saillie dans l'orbite. Cependant, le siège même de la tumeur, la déformation parfois sensible de la joue, le déplacement vers la ligne médiane de la paroi nasale externe, l'épiphora, les phénomènes de compression ou de tiraillement qui déterminent des douleurs névralgiques très violentes dans le domaine du nerf sous-orbitaire, permettent de présumer de son lieu d'origine. Mais que ces phénomènes fassent défaut ou soient peu accusés, il devient à peu près impossible de préciser le point de départ du néoplasme avant son extirpation.

Il existe souvent, dans la *cavité crânienne*, des productions morbides dont la marche lente, sourde et progressive ne fait nulle-

ment soupçonner l'existence. La plupart du temps, les phénomènes orbitaires en sont les premiers symptômes. Dans ce cas, le diagnostic devient des plus difficiles, à moins que dès le début on ne voit éclater des accidents cérébraux.

Les chirurgiens les plus éminents ont extirpé des tumeurs orbitaires, ne se doutant nullement de leurs relations avec les centres nerveux; et ce n'est que par les accidents consécutifs à l'opération qu'ils ont pu établir leur diagnostic d'une façon certaine.

Les *parois osseuses des sinus frontaux* n'échappent pas plus que les autres parties du squelette aux différentes inflammations hyperplosiques et peuvent, sous l'influence de causes qui nous échappent, présenter les diverses variétés d'ostéomes que nous avons déjà vus se produire dant l'orbite.

Comme pour la cavité orbitaire, les ostéomes éburnés sont de beaucoup les plus fréquents. Nous allons maintenant et d'une manière succincte en décrire la symptomatologie pour montrer leur différence d'avec ceux développés directement dans la loge orbitaire. Les exostoses éburnées des sinus frontaux présentent tous les caractères des autres tumeurs développées dans les cellules frontales, que la nature de ces tumeurs soit liquide ou solide. Au début, la malade n'éprouve absolument aucun phénomène douloureux, à moins que, comme pour les autres variétés d'exostoses, le néoplasme soit d'origine syphilitique. Ce n'est qu'à la longue qu'il ressent au niveau de la racine du nez une sensation de pesanteur. Si la tumeur prend des développements plus considérables, elle peut arriver à comprimer des filets nerveux sensitifs, et occasionner ainsi des douleurs et même des névralgies plus ou moins violentes.

Elles finissent par user et perforer les parois des sinus et se font jour en dehors de leur cavité primitive.

Nous avons déjà noté les accidents qui surviennent à propos des ostéomes de l'orbite pénétrant dans la cavité crânienne; ces

accidents seront les mêmes si la tumeur développée dans les sinus frontaux et si la tumeur fait irruption du côté de l'encéphale par suite de la compression plus ou moins énergique qu'elle exerce sur le cerveau et les phénomènes inflammatoires à marche aiguë qu'elle puisse y déterminer.

La plupart du temps, c'est par la partie inférieure que la néoplasie se développe, et elle ne tarde pas alors à pénétrer dans la cavité orbitaire où nous retrouvons tous les symptômes que nous avons déjà décrits.

Comment dans ce cas, établir le diagnostic des ostéômes formés directement dans les cellules frontales de ceux de la cavité orbitaire? Si l'interrogation du malade et le début de l'affection ne suffisent pas à éclairer le chirurgien, la distinction devient la plupart du temps impossible. Ce n'est qu'après l'extirpation de la tumeur que la certitude pourra remplacer les présomptions.

Quant aux tumeurs malignes de l'orbite ou du voisinage de la cavité, inutile de les décrire; leurs symptômes sont tellement frappant qu'il est difficile de les confondre avec les exostoses éburnées.

CHAPITRE III

TRAITEMENT DES EXOSTOSES ÉBURNÉES DE L'ORBITE

Il n'est pas difficile d'ordinaire de reconnaître l'exostose de la cavité orbitaire ; mais souvent, comme nous l'avons déjà vu, la nature du néoplasme échappe à la perspicacité du praticien le plus expérimenté. Dans l'un ou l'autre cas, le chirurgien doit presser le malade de questions pour bien établir l'origine de la tumeur.

Est-elle syphilitique ? Est-elle scrofuleuse ? Ou bien s'est-elle développée spontanément ?

Dans le premier cas, le malade peut se refuser à éclairer le médecin ; quoi qu'il en soit on pourrait avoir quelques présomptions en découvrant quelque accident secondaire ou tertiaire soit sur les muqueuses, soit sur les différentes parties du corps. Dans une telle circonstance et pour éclairer le diagnostic, on peut à tout hasard instituer le traitement anti-syphilitique. L'iodure de potassium et le mercure à l'intérieur et en friction sur la tumeur ne tardent pas au bout de quelques jours à produire une amélioration notable dans le néoplasme, si réellement celui-ci s'est développé à la suite de la vérole.

Si après quatre ou cinq semaines de traitement le volume de l'exostose ne diminue pas, il faut abandonner cette hypothèse.

Dans le cas d'exostose éburnée syphilitique, Mackensie conseille d'employer en friction :

Pommade avec :

Iodure de potassium, 1 ;
Onguent mercuriel, 8 ;

ou bien encore : Hydrochlorate d'ammoniaque, 10 ;
pour 100 parties d'onguent mercuriel.

Mackensie ne parle pas des résultats de ce traitement, résultats, qui nous paraissent, du reste, fort douteux. Aux frictions mercurielles, il faut joindre le traitement interne, pour obtenir sinon une guérison complète, du moins une grande amélioration.

Les exostoses éburnées, d'origine scrofuleuses sont très-rares dans l'orbite. Dans tous les cas, l'état général du sujet, ses antécédents héréditaires permettent de le reconnaître facilement. Ici les toniques et les dépuratifs doivent être les prémisses de tout traitement, et même le seul traitement si le sujet est débilité et trop faible pour supporter l'opération et ses suites.

Le cas d'exostoses orbitaires opérés avec succès sont nombreux, les revers publiés le sont beaucoup moins. Il existe quelques faits exceptionnels qui ne demandent pas d'intervention chirurgicale ; tel celui de Burow en 1887 qui prouve que ces ostéomes peuvent s'exfolier spontanément en totalité ou se détacher et être expulsés en masse ; d'autres s'arrêtant dans leur développement et n'occasionnant que peu de gêne, demandent à être respectés. Mais ces cas sont rares, et le plus souvent par leur développement progressif et par les désordres graves qu'elles occasionnent, ces tumeurs menacent non seulement l'œil, mais encore la vie du patient. Dans ce cas, il faut agir et aussi énergiquement que possible.

« Sur 20 tumeurs relevées sans parti-pris, dit Chauvel dans » son article *Orbite* du Dictionnaire encyclopédique, nous trou- » vons : par la cautérisation 2 guérisons dont une douteuse, » 2 ablations partielles avec succès et 16 extractions, dont 14 » avec succès et 2 morts. Cette proportion de succès paraît » considérable, parce que les revers sont moins souvent publiés » que les guérisons. »

La cautérisation se pratiquait avec des caustiques énergiques, tels que la pâte de Canquoin, la liqueur de Villate et autres injections irritantes destinées à amener la nécrose de la tumeur et

son exfoliation, mais ce procédé a été abandonné à cause des insuccès fréquents.

Il est incontestable que le seul moyen de guérison absolue est l'ablation de la tumeur. Mais, si dans quelques cas l'extraction d'un ostéome orbitaire est facile, souvent il se présente des difficultés excessives. L'opinion des auteurs est partagée sur la conduite à tenir en présence des ostéomes orbitaires. Mackensie prétend que dans certains cas d'exostoses on doit se contenter d'enlever le globe de l'œil, par exemple lorsque la vision est perdue et les douleurs atroces. Demarquay conseille l'ablation si les tumeurs sont superficielles, d'en tenter l'extirpation lorsqu'elle est profondément placée si l'œil est intact. Si le globe est perdu, son extraction permet de s'assurer de la situation et des rapports de l'exostose et de décider la conduite à tenir.

Pour peu que la production soit volumineuse à la paroi supérieure de l'orbite, cet auteur prétend que la plus grande réserve est obligée. Maisonneuve, dans un cas d'extraction d'exostose éburnée de l'orbite, après l'avoir attaquée avec la scie à guichet, l'ostéome de Heine, dut recourir à la gouge et au maillet et abandonner la partie profonde après cinq heures de lutte pénible. Il en fut de même pour Knapp chez un enfant qui succomba sept semaines après l'opération à des accidents cérébraux. L'autopsie montra que la tumeur grosse comme un œuf d'oie s'étendait dans le crâne et remplissait le tiers de la fosse cérébrale moyenne. La paroi intérieure et la paroi postérieure du sinus frontal, rempli par l'exostose, était perforé.

Berlin, devant de telles difficultés et de si grands dangers, émet l'opinion que l'on ne doit entreprendre la résection ou l'extirpation d'un ostéome orbitaire que si la paroi supérieure de la loge n'est pas envahie. « Si l'œil, dit-il, ne peut être conservé sans » l'ablation d'une exostose du frontal, il faut pratiquer l'énucléa- » tion du globe pour supprimer les souffrances, mais il faut respec- » ter la tumeur. »

L'auteur allemand, en présence de l'incertitude dans laquelle on se trouve presque toujours sur les rapports de la tumeur avec les parties avoisinantes et surtout sur ses relations avec la cavité crânienne, dit qu'il ne reste plus que deux objets de traitements : la douleur et le globe de l'œil. Nous n'avions pas le droit, ajoute Berlin, pour conserver un œil de faire une opération qui compte 25 °/₀ de mortalité. A l'appui de son opinion cet auteur cite l'observation suivante : Femme portant dans l'orbite gauche une tumeur pierreuse, bosselée, immobile, placée à la partie supérieure et interne de la cavité orbitaire et directement sur l'os. La peau est saine, l'œil gauche déplacé en avant depuis une série d'années; quelques douleurs de tête, mais sans symptômes cérébraux. L'œil s'enflamme et survient une névralgie ciliaire violente. Deux fois Berlin recouvre la cornée ulcérée avec des lambeaux empruntés à la conjonctive. Aussitôt les douleurs cessent, mais les sutures cèdent, et l'inflammation avec les douleurs paraissent de nouveau. Berlin pratique l'énucléation et toutes les souffrances s'effacent. Plus de deux ans après, il revoit sa malade. L'exostose s'est un peu accrue, le bord orbitaire supérieur est un peu plus épais, de temps en temps se montrent quelques douleurs modérées dans le côté gauche de la tête, mais l'état général reste intact et il n'y a pas de symptômes cérébraux.

Knapp, à propos de l'observation IX, ajoute : « L'opération a été pour moi très instructive et très profitable, parce qu'elle m'a montré que les difficultés inhérentes à l'extirpation d'ostéomes intra-orbitaires et extra-orbitaires en même temps peuvent être surmontées, et maintenant je ne refuserais jamais de tenter l'extirpation de n'importe qu'elle exostose, débutât-elle, même beaucoup dans la cavité crânienne. »

« D'après M. le Dr Ch. Abadie (communication faite à la Société de Médecine de Paris dans la séance du 14 mai 1887), la crainte de pénétrer dans la cavité crânienne ne doit plus nous

arrêter aussi formellement que par le passé. Ce n'est pas le fait d'ouvrir cette cavité, et d'attaquer avec l'instrument tranchant les méninges et même la substance cérébrale qui constitue le danger. Les méningo-encéphalites qui se produisent en pareille circonstance sont dues uniquement à l'infection de la plaie par des microbes pathogènes et peuvent par conséquent être conjurés par une asepsie rigoureuse.

Le pronostic des plaies pénétrantes intra-crâniennes chirurgicales deviendra chaque jour moins grave au fur et à mesure que l'asepsie et l'antisepsie feront des progrès, et les cas d'intervention favorable seront de plus en plus nombreux.

Knapp croit fermement que la suppuration et l'inflammation en général s'évitent beaucoup mieux en se servant d'instruments bien affilés et repassés; par la propreté des mains, des éponges et des pièces de pansement; en coupant sans contusionner, en éloignant de la blessure les substances hétérogènes et en retirant le drainage dans les premiers jours qui suivent l'opération lorsqu'il survient de la sécrétion sanguinolente. Dans la chirurgie oculaire, conclut l'auteur, je n'ai jamais pu me convaincre de l'utilité des substances antiseptiques et des méthodes qui sont aujourd'hui si en vogue, si bien que je ne m'étonnerai pas de les voir abandonner, comme superflues, en dépit de leur popularité actuelle.

D'après les deux derniers auteurs que nous venons de citer, nous voyons que leur opinion diffère absolument au point de vue de l'antisepsie.

En somme, l'extirpation des ostéomes de l'orbite est une opération délicate, mais dont les difficultés et les dangers varient du tout au tout avec les dimensions, le siège et surtout les connexions de la tumeur. Ajoutons que le résultat opératoire pourra également varier suivant les précautions de propreté que l'on aura prises et principalement suivant le milieu dans lequel l'opération aura été pratiquée.

Toute tumeur éburnée de l'orbite doit-elle toujours s'opérer, et doit-on pratiquer l'énucléation du globe oculaire?

Si le malade est jeune, et que les accidents, tels que douleurs intolérables, exorbitisme prononcé, vision fortement diminuée, ophtalmie sympatique surviennent, le chirurgien ne devra pas hésiter à tenter l'extirpation de la tumeur, et enlever le plus possible, tout en étant d'une grande prudence, le prolongement qu'elle aura pu envoyer dans les parties voisines. Dans quelques observations nous avons pu remarquer que l'opérateur avait même ouvert le crâne; il est certain que cet accident, quoique n'étant pas de la faute du chirurgien, peut devenir dangereux à cause des complications méningitiques ou autres qui pourraient causer la mort du malade. Si la tumeur est pédiculée et si celui-ci ne peut être facilement enlevé, on se contentera de le réséquer.

Quant à l'énucléation du globe de l'œil, il serait difficile de poser une règle absolue. C'est au chirurgien de l'épargner le plus qu'il pourra et de ne l'extraire que lorsqu'il y sera forcément obligé.

De même que pour indiquer un manuel opératoire complet pour l'extirpation des exostoses éburnées, les indications ne seront guère précises.

Dans tous les cas, il sera bon d'aller lentement et d'employer, le plus possible, des instruments désinfectés et faire le pansement d'après la méthode antiseptique.

Aujourd'hui, grâce à une antisepsie rigoureuse, le pronostic des tumeurs de l'orbite, alors même qu'elles se prolongeraient dans le crâne, est beaucoup moins grave qu'auparavant.

CHAPITRE IV

Clinique ophtalmologique de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Exostose éburnée du frontal, remplissant la cavité orbitaire, enlevée par la gouge et le maillet. Guérison avec conservation de l'œil et de la vue (1) (opérée par M. le professeur BADAL).

Le malade qui fait le sujet de cette communication a été soumis à l'examen de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, le 22 décembre 1882, opéré à la clinique de la Faculté le 29 du même mois. Il est revenu 3 semaines plus tard se présenter une seconde fois complètement guéri depuis plusieurs jours. Quelques membres de la Société ayant émis l'hypothèse d'une récidive possible, j'ai tenu avant de publier la relation de ce fait à laisser s'écouler un temps assez considérable. Pendant plusieurs mois, j'ai pu suivre mon opéré demeuré à Bordeaux.

Récemment j'ai eu de ses nouvellee et aujourd'hui la guérison peut être considérée comme définitive.

Il s'agit d'un jeune homme de 24 ans, vigoureux, de haute taille, aux traits réguliers. La production osseuse dont il va être question est apparue à peu près deux ans avant l'opération vers l'angle supéro-interne du rebord orbitaire droit. Depuis lors elle n'a cessé de s'accroître, remplissant peu à peu l'orbite et chassant l'œil en dehors et en bas. La tumeur à peu près indolente, et le malade qui est compagnon charpentier, a pu continuer son tour de France, travaillant comme par le passé. Préoccupé toutefois de son état, il est entré à plusieurs reprises dans des hôpitaux de grande ville, où il a suivi sans succès divers traitements; on a toujours refusé de l'opérer.

(1) Communication faite à la Société de Chirurgie de Paris dans la séance du 16 juillet. Rapport de M. le professeur Chauvel.

Au moment de son admission à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, la situation commençait à devenir critique.

Indépendamment d'un exophtalmos énorme, qui faisait que le malade n'osait plus se montrer en public, il existait un épihora des plus gênants et une conjonctivite chronique due surtout à ce que l'occlusion des paupières était impossible. Par suite de la déviation du globe, la vision binoculaire n'existait plus depuis longtemps. L'acuité visuelle était réduite à 1/3 du côté malade. Il n'existait pas d'autre lésion ophtalmoscopique qu'une décoloration de la papille en rapport avec la compression subie par le nerf optique. La néoplasie, qu'à sa consistance il était facile de reconnaître pour une production osseuse, remplissait entièrement la cavité orbitaire faisant au dehors une saillie de plus d'un centimètre, et comprimant contre la paroi externe le paquet musculo-nerveux transformé en une sorte de pédicule supportant un œil à fleur de tête. Les mouvements du globe étaient abolis. La tumeur était recouverte, dans sa moitié externe par les téguments du grand angle de l'œil fortement distendus et, dans sa moitié externe, par la conjonctive et les paupières. Le toucher faisait constater une surface absolument dure, arrondie dans son ensemble, mais couverte de bosselures inégales qui lui donnaient un aspect mameloné.

De quelle nature était cette production? Le diagnostic d'exostose éburnée ne paraissait pas douteux, de plus il fallait admettre que cette exostose s'était développée spontanément, puisque le malade affirmait être indemne de toute affection vénérienne et n'avait jamais eu ni blessure ni contusion de l'orbite. Peut-être cependant une osteite ou une ostéo-périostite avait-elle été le point de départ des accidents, car il avait existé au début, sur l'angle supéro-interne de l'arcade orbitaire, une certaine sensibilité à la pression.

Si le diagnostic était facile, quant à la nature de la tumeur, il n'en était plus de même relativement à son point d'implantation. L'exostose étroitement encadrée sur tout son pourtour par le rebord orbitaire ne se continuait nulle part avec lui, et l'imposibilité absolue d'introduire quoique ce fût dans l'étroite rainure qui constituait la ligne de démarcation mettait obstacle à l'exploration des parties profondes; il était permis de supposer cependant, à en juger par la marche de la tumeur, qu'elle s'était développée aux dépens de l'os planum de l'ethmoïde ou de la paroi orbitaire du sinus frontal. On sait, du reste, que les ostéomes de l'orbite naissent habituellement, de l'une ou l'autre de ces parois osseuses, le plus souvent de la seconde. Je penchai

néanmoins pour l'ethmoïde, me basant sur ce que, depuis longtemps, le malade constatait une gêne croissante au passage de l'air par la narine correspondante. On verra, en effet, que la production osseuse avait détruit en grande partie la paroi interne de l'orbite, et poussé un prolongement dans les cellules ethmoïdales ; mais sa base d'implantation était tout entière sur le frontal. La région sus-orbitaire ne présentant rien d'anormal, j'éloignais l'idée d'un envahissement du sinus frontal, et à plus forte raison de la cavité crânienne ; sur ce dernier point je m'étais trompé, comme on le verra ; quant au sinus frontal je n'oserais, aujourd'hui encore, rien affirmer d'une manière absolue, cette cavité n'ayant pas été ouverte pendant l'opération. Tout ce que je puis dire, c'est que s'il existe quelque chose de ce côté rien ne l'indique. Le malade était entré à la clinique avec l'intention bien arrêtée de se faire opérer, et il était évident qu'il n'y avait pas d'autre parti à prendre si l'on voulait non seulement lui conserver l'œil, mais encore lui sauver la vie. Mais je ne me dissimulais pas que l'extirpation de cette tumeur présenterait des difficultés considérables et une gravité exceptionnelles. Dans des circonstances analogues, des chirurgiens du plus grand mérite ont dû laisser l'opération inachevée, et les cas sont déjà nombreux où la mort a été la conséquence du traumatisme chirurgical.

Au moment où je présentai le malade à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, une intervention était devenue urgente. Comme conséquence du défaut d'occlusion des paupières et aussi de la compression et du tiraillement du nerf de l'orbite, une kératite neuro-paralytique était apparue menaçant la cornée d'une destruction prochaine.

L'opération a été pratiquée, le 28 décembre 1882, en présence de la plupart des chirurgiens de l'hôpital Saint-André.

Le malade ayant été chloroformé, la tumeur fut mise à nu par une incision horizontale partant de la racine du nez divisant la commissure interne et arrivant jusqu'à l'œil.

Les parties molles détachées à l'aide d'une sonde canelée furent maintenues fortement écartées en haut et en bas, de manière à laisser à découvert toute la partie extra-orbitaire de l'exostose, dont la surface, dépourvue de périoste, présentait, comme je l'ai dit, un aspect noduleux et avait la teinte du vieil ivoire. A partir de ce moment, et pendant toute la durée de l'opération, l'œil, fortement déjeté en dehors, fut maintenu recouvert de compresses imbibées d'eau chaude. J'essayais vainement d'introduire un élévateur entre la paroi orbitaire et la tumeur, de manière à mobiliser

celle-ci, ce qui peut-être m'aurait permis de l'extraire tout d'une pièce. Je voulus m'assurer cependant, avant de recourir à l'emploi de la gouge, que l'exostose n'était pas constituée par une simple coque recouvrant une masse centrale spongieuse, ou même creusée de cavités kystiques ainsi que le fait a été parfois observé (l'opération eût été dans ce cas notablement simplifiée), et à l'aide d'une forte mèche ou perforateur montée sur le vilbrequin d'un trépan j'attaquai la tumeur par sa partie centrale de manière à la percer directement d'avant en arrière. Je pénétrai ainsi très péniblement à une profondeur d'environ 1 centimètre rencontrant partout la même résistance.

Voyant alors que je risquais de perdre un temps considérable, je me décidai à prendre la gouge et le maillet. La dureté de cette substance osseuse était telle qu'il fallait frapper à coups redoublés pour en détacher d'assez petits fragments. Après une heure d'un travail des plus pénibles et après avoir mis hors d'usage une petite gouge et un ciseau dont je me servais alternativement, j'avais enlevé la portion antérieure de la tumeur sur une épaisseur d'environ 3 centimètres : je me trouvai, par conséquent, à 2 centimètres de profondeur dans l'orbite. Chemin faisant, j'avais rencontré, immédiatement en arrière du rebord orbitaire supérieur et au niveau du sinus frontal, le pédicule de l'exostose, si toutefois on peut donner ce nom à une surface d'implantation de plus de 3 centimètres en tout sens. Je me bornais à sectionner ce pédicule, à l'aide du ciseau, sans me préoccuper de savoir si le sinus était envahi; rien, du reste, ne le faisait présumer ainsi que je l'ai dit précédemment. Arrivé à ce moment de l'opération, je me trouvais fort embarrassé. J'avais pu jusque-là manœuvrer sans trop de peine tout en respectant la paroi orbitaire, mais il devenait maintenant très difficile de se servir de la gouge en raison du peu d'inclinaison que je pouvais lui donner à cette profondeur, de plus la destruction complète et l'ostéome, par ce moyen, menaçait de prendre un temps considérable.

J'essayai alors, à diverses reprises, de passer un fil autour de la production osseuse, entre elle et la paroi orbitaire, de manière à conduire en arrière, le plus loin possible, une scie à chaîne très fine; mais l'intervalle était si étroit que j'échouais dans cette tentative ; elle n'eût donné, au reste, aucun résultat, car l'exostose, comme on le verra, avait poussé dans les cellules sphénoïdales et les fentes orbitaires des prolongements qui n'eussent pas permis de la circonscrire.

J'arrivai enfin, non sans peine, à glisser la pointe d'un élévateur le long de la paroi orbitaire supérieure, et une forte pesée pratiquée de haut en

bas ébranla la tumeur ; mais en même temps j'eus la sensation d'un arrachement de quelque portion osseuse de l'orbite, et j'hésitai un instant dans la crainte d'un désastre irrémédiable. Cependant, comme il fallait en finir, j'accentuai délibérément le mouvement de bascule, mettant ainsi à jour la face supérieure de l'exostose, je pus alors la saisir avec de fortes pinces, et, par une traction énergique, la détacher complètement.

La portion de la tumeur qui a été enlevée ainsi tout d'une pièce, présente la forme d'un cône irrégulier, dont le sommet correspond au trou optique, et la base à la partie la plus large de la cavité orbitaire ; dans son diamètre transversal, cette base mesure exactement 6 centimètres et demi ; la hauteur du cône d'avant en arrière est de 4 centimètres. Si l'on tient compte de ce que la portion antérieure de l'exostose, sur une profondeur de 3 centimètres, a été enlevée avec la gouge, il s'ensuit que son diamètre antéro-postérieur atteignait environ 7 centimètres.

Les dimensions d'une cavité orbitaire un peu au-dessus de la moyenne, ainsi que paraît être le cas chez notre sujet, étant à peu de chose près de 4 centimètres dans sa partie la plus large aussi bien pour le diamètre vertical que pour le diamètre horizontal· on voit qu'il y avait impossibilité absolue à ce que la ponction osseuse pût être contenue en entier dans l'orbite suivant ce dernier diamètre. Il nous fut facile, en effet, de constater et l'examen de la tumeur est à cet égard très démonstratif, que l'exostose, après avoir envahi la cavité orbitaire, avait poussé de divers côtés des prolongements d'un certain volume ; l'un d'eux, de la grosseur d'une forte amande après avoir perforé l'os planum, s'était développé aux dépens des cellules ethmoïdales ; un autre, à peu près de même dimensions, s'engageait profondément dans la fente sphénoïdale : ces deux sortes d'appendices sont unis au corps de l'os par une portion étranglée correspondant au point où la tumeur franchissait la paroi orbitaire ; l'étranglement est surtout marqué par l'aileron ethmoïdal. L'os planum a été perforé sur une étendue d'un demi-centimètre à peine ; après quoi la production osseuse s'est évoluée aussitôt, de manière à occuper une surface d'environ 2 centimètres et demi. La partie de la paroi interne de l'orbite, enserrée entre les deux portions de la tumeur, ne pouvait faire autrement que d'être arrachée avec elle, laissant béante une large ouverture. Ce qui me surprit plus désagréablement, ce fut de constater que la paroi supérieure de l'orbite, elle aussi, avait été détruite à sa partie postérieure, et je crus d'abord que par suite d'adhérences anciennes, il s'était produit une

fracture par arrachement, lors du mouvement de bascule imprimé à la tumeur.

L'ouverture laissait passer aisément l'extrémité du doigt indicateur, comme purent le constater après moi plusieurs de ceux qui m'assistaient. Par suite probablement d'une symphyse méningée à ce niveau, un peu de substance cérébrale avait suivi. Cette destruction d'une partie de la voûte orbitaire n'était pas le résultat d'un accident opératoire dû à des adhérences établies entre les deux surfaces osseuses, comme je l'avais cru tout d'abord, et ainsi que je l'ai dit à tort à la Société de Médecine de Bordeaux; un examen plus attentif m'a montré qu'il y avait eu ici encore, comme pour l'os planum, perforation par usure de la paroi.

Lorsqu'on a la pièce sous les yeux, on s'explique facilement tous ces désordres. L'exostose, qui dans sa partie sous-tégumenteuse est assez régulièrement convexe, bien que couverte de petites nodosités, devient, dans sa portion intra-orbitraire absolument anfractueuse. Elle est constituée à sa surface par une agglomération de bosselures pressées les unes contre les autres et qui correspondent aux fentes et aux dépressions de la paroi orbitaire. En certains points, cette paroi a cédé au mouvement d'expansion de la tumeur, c'est ainsi qu'en outre des prolongements déjà décrits du côté de l'ethmoïde et de la fente sphénoïdale, on trouve, à la partie inféro-externe, une troisième saillie correspondant à la fente sphéno-maxillaire, et plus en dedans une quatrième nodosité qui n'a pu se développer qu'en refoulant la paroi supérieure du conduit sous-orbitaire. A la partie supérieure plusieurs autres saillies de moindre dimension paraissent avoir déprimé la voûte orbitaire et l'une d'elles, vers la partie moyenne, a pénétré dans la cavité crânienne, après avoir détruit la lame osseuse, d'ailleurs fort mince, qui forme à ce niveau la paroi orbitaire. La section du pédicule de la tumeur, pratiquée avec le ciseau avait laissé à la surface du frontal une saillie rugueuse que je m'étais proposé d'enlever en dernier lieu; mais en présence des lésions inquiétantes dont il vient d'être question, je redoutais de revenir à l'emploi du maillet, par crainte de l'ébralement cérébral qui pouvait en être la conséquence et je me hâtai de terminer l'opération.

La cavité orbitaire fut débarrassée des débris osseux, lavée avec soin et le globe remis en place. Mais comme le tissu cellulo-graisseux avait entièrement disparu, l'œil privé de soutien s'enfonça profondément dans l'orbite. Il suffit, du reste, de jeter les yeux sur la tumeur, pour comprendre que son ablation laissait un vide où quatre globes oculaires pouvaient se loger à

l'aise. La plaie des téguments fut réunie par quelques points de suture, sans que je crusse utile de placer un drain.

L'écoulement du sang qui se faisait par la narine indiquait une communication suffisante entre la cavité orbitaire et les fosses nasales. Simple pansement ouaté, sans aucune des précautions antiseptiques.

L'opération avait duré une heure et demie. Cent cinquante grammes de chloroforme avaient été employés. Le malade avait perdu une notable quantité de sang par hémorrhagie en nappe. Pour combattre cette hémorrhagie et enlever le sang qui tombait dans l'orbite et qui masquait constamment le champ opératoire, il avait fallu faire à chaque instant des irrigations d'eau froide, et celle-ci, malgré toutes mes précautions, avait coulé sur la poitrine et mouillé les vêtements. Ce refroidissement prolongé a certainement été l'une des causes de la congestion pulmonaire qui apparut le second jour.

Premier jour : La soirée ne fut pas très bonne; vomissements incessants.

Deuxième jour : Nuit passable, les vomissements ont cessé ; pas d'acidents cérébraux. Pouls à 96°. Température peu élevée. Un écoulement séro-sanguinolent se fait par la narine du côté opéré. Tuméfaction assez considérable des parties molles, néanmoins la plaie semble réunie. Le malade constate avec joie qu'on ne lui a pas enlevé l'œil et que la vue est conservée ; mais il y a de la diplopie, les mouvements du globe sont extrêmement limités. Limonade vineuse, alimentation légère. Le soir apparaissent quelques crachats sanglants qu'on pourrait croire venir des fosses nasales. Toux fréquente.

Troisième jour : Tous les signes d'une conjection pulmonaire intense : peu de réaction ; le malade est affaissé, cependant il s'alimente. L'état de la plaie est satisfaisant.

Quatrième jour : La congestion pulmonaire persiste. La tuméfaction des parties molles a beaucoup diminué. Les mouvements d'excursion du globe sont plus étendus. Il se fait toujours un écoulement abondant de sérosité sanguinolente par la narine.

Cinquième jour : Les accidents pulmonaires sont à leur déclin. Les forces reviennent en même temps que l'appétit. Du côté de l'orbite, tout danger semble conjuré.

Sixième jonr (1er janvier 1883) : Encore quelques crachats sanglants. La plaie est en parfait état.

Huitième jour : Pour la première fois le malade se lève pendant quelques

heures avec un simple bandeau sur l'œil ; un léger écoulement se fait encore par la narine.

Quinzième jour : La guérison est assurée. La cornée est revenue à son état normal. Le globe a recouvré sa mobilité sauf en dehors. Il y a de la diplopie lorsque l'œil se porte sur cette direction. Il existe, de plus, une mydriase assez prononcée due, selon toute apparence, à ce que pendant l'opération le ganglion ophtalmique a souffert. La paralysie de l'accomodation est complète. L'écoulement qui se faisait par la narine a cessé depuis plusieurs jours.

Vingtième jour : Le malade est présenté à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux ; il est à la veille de quitter l'hôpital et se sent en état de reprendre son travail. L'acuité visuelle est à peu près la même qu'avant l'opération. La mydriase et la paralysie de l'accomodation persistent malgré les courants induits employés depuis quelques jours. Le muscle droit externe tend à reprendre ses fonctions. Epiphora dû peut-être à ce que le sac lacrymal a été intéressé pendant l'opération. Dès la fin de la troisième semaine, la mydriase disparaît peu à peu. L'accomodation revient. L'acuité visuelle s'améliore, bien que la décoloration de la papille optique persiste. Le doigt porté à la partie supéro-interne de l'orbite rencontre une surface légérement saillante, rugueuse, qui représente la base d'implantation de la tumeur. Aucune douleur à ce niveau.

Le malade, qui a séjourné à Bordeaux assez longtemps après sa sortie de la clinique, est venu se présenter à nous de temps à autre. Son état a été sans cesse en s'améliorant. Six mois après l'opération, il n'en restait d'autres traces qu'une cicatrice à peine visible vers le grand angle de l'œil, et un peu de conjonctivite angulaire due au larmoiement. Le globe est moins enfoncé dans l'orbite, il semble que le coussinet cellulo-graisseux se soit reconstitué en partie. L'œil a recouvré toute sa mobilité en dehors.

A la date du 22 janvier 1884, c'est-à-dire un an après l'opération, ce jeune homme m'écrivit qu'il est très bien, sauf un peu de larmoiement, et qu'il n'y voit plus double, si ce n'est lorsqu'il regarde fortement en dehors.

Je crois donc pouvoir dire que peu d'opérations de ce genre ont été suivie d'un succès plus complet. Lorsque je présentai le malade, après sa guérison, à la Société de Médecine de Bordeaux, un de mes collègues me fit le reproche de n'avoir pas poursuivi la tumeur jusque dans le sinus frontal, de manière à prévenir plus sûrement une récidive. mais on sait que ces exostoses s'accroissent uniquement par leur périphérie ; d'ailleurs

rien n'indiquait que le sinus fût envahi, rien non plus, depuis lors, ne permet de penser que la tumeur doive se développer de ce côté. Je me félicite de n'avoir pas, pour la vaine satisfaction de savoir si l'exostose faisait sallie dans le sinus frontal, ajouté un traumatisme à ceux déjà considérables qu'avait nécessités l'extraction.

La notice si instructive publiée par M. le professeur Panas, dans le numéro de juillet-août 1883 des Archives d'ophtalmologie, montre à quels dangers on s'expose en voulant suivant le précepte de certains chirurgiens, pratiquer l'énucléation totale par une large ouverture faite à la paroi du sinus frontal.

L'exostose chez le malade de M. Panas, comme chez le mien, s'était développée aux dépends de la paroi orbitaire du sinus frontal, de là elle avait gagné l'orbite, les fosses nasales et la cavité crânienne, en détruisant la table postérieure du sinus. Les saillies frontale et orbitaire purent seules être enlevées. Pour extirper la tumeur en totalité, il aurait fallu ouvrir largement le crâne, détruire toute la voûte de l'orbite et enlever la masse latérale de l'éthmoïde. L'opérateur ne crut pas devoir pousser la témérité jusque-là. Le malade succombe, néanmoins le sixième jour, à une méningite suppurée dont le point de départ était une phlébite des veines diploïques partant du sinus frontal.

Au point de vue de la pathogénie des ostéomes de l'orbite, le fait qui m'est personnel et que je viens de rapporter offre assez peu d'intérêt, l'opération n'ayant pas permis de constater d'une manière précise quels rapports la tumeur affectait avec les parois et la muqueuse du sinus. Il est problable qu'il s'agissait ici, ou bien d'une véritable exostose sous-périostée succédant à une ostéite ou à une ostéo-périostite, ou bien de cette forme d'hypergénèse du diploé, que Virchow considère comme un phénomène anormal de l'évolution des os, dans le jeune âge, à l'époque où le sinus de la face acquiert son principal développement.

OBSERVATIONS CONNUES

Dans ce dernier chapitre, nous avons réuni les principaux cas d'exostoses éburnées de l'orbite qui ont été publiés et que nous avons pu recueillir. Comme on le verra la guérison a presque toujours été le résultat de l'ablation de la tumeur. Assurément, il se

trouve dans l'art chirurgical beaucoup d'insuccès, mais ces insuccès n'ont probablement pas été publiés.

Parmi les faits connus que nous rapportons, il se trouve deux cas en dehors de notre sujet. Il s'agit d'une ostéo-périostite gommeuse et d'une exophtalmie rapportée par M. Velpeau.

Nous les avons insérés dans notre ouvrage à cause de leur symptomatologie qui présente presque les mêmes caractères qu'un ostéome orbitaire ; à notre avis, la guérison de ces deux affections morbides montrera la différence du traitement suivant la nature de la néoplasie.

OBSERVATION I

Exostose de l'orbite.

Il s'agit d'une femme âgée de 24 ans. Le globe oculaire est abaissé par une tumeur intra-orbitaire située à la partie supérieure et externe de l'orbite gauche. La vision est encore bonne quoique un peu affaiblie. Les causes de cette tumeur sont absolument inconnues. De temps en temps il se produit de lègères attaques d'ophtalmie qui provoquent des douleurs assez vives. La santé générale est excellente.

La tumeur est enlevée, après avoir endormi la malade parle chloroforme, à l'aide de la gouge et des pinces incisives. Le nerf optique quoique mis à nu, est conservé intact.

9 jours après l'opération, la proéminence de l'œil avait notablement diminué et la vision était assez bien conservée. La malade quitta l'hôpital et ne reparut plus.

Pour Johnn Windsor, qui a rapporté ce fait, il s'agissait d'un ostéo-sarcome, peut-être d'origine scrofuleuse. Nous ne pouvons pas donner notre appréciation sur le cas du chirurgien anglais, n'ayant trouvé absolument aucune indication histologique.

(*Annales d'oculistique,* 1857).

OBSERVATION II

Exostose de l'orbite.

Mlle W... se présenta en octobre 1854 et en janvier 1855 à M. Stephenson avec un grossissement de l'œil considérable occasionné par une excroissance osseuse mesurant deux pouces de diamètre à sa base. Après avoir dénudé l'os de son périoste, M. Stephenson extirpa la tumeur à l'aide de fortes tenailles. La guérison fut complète.

(*Annales d'oculistique,* 1860).

OBSERVATION III

Jeune homme de 19 ans. Il présente un exophtalmos de l'œil gauche assez proéminent, sans douleurs, occasionné par une tumeur lisse, dure, immobile, un peu plus volumineuse qu'une grosse noisette. Le malade lit le numéro 16 de l'échelle des caractères.

L'extirpation de la tumeur fut faite, sous le chloroforme, par M. Bowmann à l'aide de la gouge. Il y eut quelques difficultés à introduire la gouge entre la tumeur et le bord supérieur et externe de l'orbite. La masse se sépara brusquement et le reste de la tumeur fut enlevé avec assez de facilité.

Après l'opération il ne survint aucun accident. Lorsque le malade quitta l'hôpital, la plaie n'était pas complètement guérie; mais l'œil rentrait peu à peu et progressivement dans la loge orbitaire. La vue s'était notablement améliorée, car ce jeune homme lisait à sa sortie de l'hôpital le n° 4.

La grosse extrémité de la tumeur était dirigée en avant, la petite vers le fond de l'orbite. La structure semblait être constituée par du tissu osseux poreux.

(Bader. *Annales d'oculistique,* 1861).

OBSERVATION IV

Exostose éburnée de l'éthmoïde avec procidence dans l'orbite.

Maisonneuve a opéré le 5 août 1863, un jeune homme de 17 ans, présentant une tumeur siégeant à la partie interne de l'œil droit; tumeur déterminant une exophtalmie considérable, quelques douleurs locales et une

céphalalgie considérable assez intense. Vu son excessive dureté, cet ostéome ne put être attaqué en partie et Maisonneuve fut obligé de l'arracher dans son entier. La tumeur occupait toute la partie supérieure de l'ethmoïde.

Le malade est parfaitement guéri, tout en conservant l'intégrité de la vue ainsi que les mouvements du globe de l'œil qui avait repris sa position normale

A la coupe, la tumeur présentait un tissu dur et compact comme de l'ivoire, d'un blanc laiteux sans une seule trace de vaisseaux.

(Annales d'oculistique 1864).

OBSERVATION V

Exostose éburnée de l'orbite. (KNAPP.)

Exostose chez un jeune homme de 17 ans, à l'angle supérieur et interne de la cavité orbitaire droite à la suite d'un coup porté sur la région sourcilliaire par un corps contondant.

L'extirpation fut faite sans difficulté aucune à l'aide de la gouge et du maillet.

La cicatrisation se fit par première intention.

Onze semaines après, ce jeune homme succombait à la suite d'accidents produits par la pénétration de la tumeur dans la cavité crânienne. L'examen histologique de la tumeur montre tous les caractères d'une exostose éburnée.

(*Annales d'oculistique.* Septembre 1865.)

OBSERVATION VI

Exostose de l'orbite. (LEVENNEUR.)

Femme de 40 ans, portant en 1858 une tumeur à l'angle interne de l'œil gauche, de la grosseur d'une noisette. Cette tumeur continuait de s'accroître malgré le traitement anti-syphilitique que l'on avait institué par prudence.

En 1859, l'accroissement de la tumeur s'était tellement développé qu'il se produisit un exophtalmos assez considérable; de plus, les mouvements de l'œil étaient très gênés; il y avait aussi du strabisme divergent et de la diplopie. L'exostose fut enlevée par la gouge et le maillet. La guérison

fut complète et il ne s'est jamais produit de récidive. Cette exostose était formée d'une couche mince de tissu compacte et dans l'intérieur d'un tissu spongieux généralement assez dense.

(*Gazette des Hôpitaux,* 1871, p. 462).

OBSERVATION VII

Ostéo-périostite gommeuse de la paroi inférieure de l'orbite (Dr Campana).

Il s'agit d'un forgeron, âgé de 20 ans, qui, atteint de syphilis, fut guéri une première fois par l'iodure de potassium. Dix ans plus tard en présence de nouveaux accidents l'iodure de potassium resta sans influence. Il se produisit une tumeur de l'orbite déterminant un exorbitis assez prononcé, sans altération visuelle. Le malade ressent de vives douleurs au fond de l'orbite : ces douleurs s'irradient à la joue et à la mâchoire. Peu à peu la tumeur devient fluctuante. On pratique la ponction de cette tumeur en pénétrant dans la voûte palatine au niveau de la dernière molaire. Il s'écoule un liquide séro-purulent contenant des fragments d'un détritus névrotique blanchâtre. La ponction fut suivie d'une injection faite avec une solution de sublimé. Quelques jours plus tard l'œil reprend sa position normale ainsi que les sinus de l'orbite.

OBSERVATION VIII

Exostose éburnée de l'orbite (Niéden).

Niéden rapporte un fait d'exostose éburnée de l'orbite, disparue complètement sous l'influence des iodure de potassium et de mercure.

(*Annales d'oculistique,* 2e semestre, p. 30).

OBSERVATION IX

Enucléation sous-périostée d'une exostose éburnée du sinus frontal occupant la cavité orbitaire et nasale ; guérison par première intention, par le Dr Knapp (de New-York). Traduit par le Dr Sédan, médecin-major.

Il s'agit d'un homme de 48 ans, sans vices constitutionnels. L'extirpation fut faite par Knapp, le 14 septembre 1880, assisté de MM. Bom et Ayres.

La tumeur énuclée et dégagée complètement du périoste se montrait visiblement formée par de la substance osseuse compacte. La tumeur adhérait à la cloison du sinus frontal, s'était développée sur la paroi orbitaire, croissant dans une double direction; il est probable qu'elle avait commencé à la cloison même du sinus frontal et s'était propagée dans les cavités nasales de l'orbite en perforant la paroi orbitaire.

La guérison fut très rapide.

(*Revue clinique d'oculistique,* juillet 1881).

OBSERVATION X

Tumeur éburnée du sinus frontal.

Il s'agit d'nn jeune homme de 19 ans, qui reçut à l'âge de 13 ans un coup assez violent sur l'arcade sourcillière gauche. Depuis cette époque il s'est formé une tumeur qui n'a pas cessé de grossir. L'œil se trouve dévié en bas. Il existe un exophtalmos peu considérable. Le malade n'a jamais accusé de vives douleurs. La vision, quoique conservée, est gênée à cause de la position anormale de l'œil.

L'extirpation de la tumeur se fit facilement. Cet ostéome ne présentant aucune trace de pédicule, est constitué de tissu compacte très dur, sans trace de vaisseaux; en un mot, il a tous les caractères de l'exostose éburnée.

La guérison se fit assez rapidement, mais le malade a conservé de la parésie du côté gauche.

(*Annales d'oculistique,* 1882, 1^er^ semestre) (D^r^ TREILLAIS, de Nantes).

OBSERVATION XI

La revue des annales d'oculistique a publié en 1882, 2^e^ semestre à la page 167, le cas d'un ostéome de l'orbite décrit par Imre dans le *Centralblatt für praktische Augenheillkunde.* Les annales ne donnant pas le compte-rendu de l'observation de Imre, il nous a été impossible de nous procurer le journal qui la décrit dans la langue originale et par conséquent d'en donner le résultat.

Nous avons cru utile néanmoins de parler de ce cas parmi les faits connus que nous rapportons au moins comme mémoire.

OBSERVATION XII

Exostose éburnée du sinus maxillaire se prolongeant dans l'orbite.

Cette exostose a pris directement naissance dans le sinus maxillaire et par son grand et continuel développement elle s'est étendue jusque sur le plancher de l'orbite. Par sa compression sur le globe oculaire, elle le fait dévier au dehors et produit un exorbitis très léger. La tumeur a toujours été indolente et ce n'est que depuis quelque temps, probablement du moment où l'œil se trouve comprimé, qu'elle provoque quelques légères douleurs. L'extirpation fut faite à l'aide de la gouge et du maillet, elle fut longue et difficile à cause de la dureté excessive qui caractérisait l'ostéome.

La guérison se fit très bien et le succès fut complet à tous les points de vue.

(Michon, *Gazette des Hôpitaux,* 1850, p. 195).

OBSERVATION XIII

Dans un numéro de la *Gazette des Hôpitaux* de l'année 1885 à la page 341, M. Velpeau rapporte le cas de guérison d'une exophtalmie chez un enfant de 13 ans et demi par l'iodure de potassium. Il croit à une périostose de nature scrofuleuse. Bien qu'il ne s'agisse pas ici d'exostose éburnée, nous avons cru bien faire en rapportant le cas de périostose scrofuleuse ayant déterminé de l'ophtalmie.

Probablement si le traitement ioduré n'avait pas été institué aussitôt, les complications se seraient augmentées et l'exophtalmos serait devenu plus proéminent. Plus tard, si le malade n'avait pas, par son état général, fait supposer la diathèse scrofuleuse chez lui, on aurait pu penser à un ostéome de l'orbite et songer aussi de prime abord à une intervention chirurgicale qui eût été ici à peu près inutile.

Nous avons insisté sur ce fait, pour bien montrer que dans le doute sur la nature d'un ostéome orbitaire déterminant les phénomènes que nous connaissons, il faut éclairer le diagnostic en faisant suivre au malade un traitement interne approprié aux causes que l'on soupçonne. Si le traitement ne produit aucune amélioration, alors le chirurgien sera libre de pratiquer l'extirpation de la tumeur s'il le juge à propos.

OBSERVATION XIV

Exostoses fronto-orbitaires

Par PANAS

(*Archives d'opthalmologie*. T. III (1883).

Sandras (Rose), âgée de 18 ans, d'une forte constitution, entre dans notre clinique de l'Hôtel-Dieu, le 24 avril 1882.

A l'âge de 13 à 14 ans, elle s'est aperçue d'un gonflement de la partie supéro-interne de l'orbite, et bientôt l'œil du même côté s'est trouvé refoulé en bas et en dehors, le tout sans douleur. La tumeur a gagné peu à peu les parties adjacentes jusqu'en 1880, époque à laquelle on a tenté de lui faire une opération d'ablation de la tumeur osseuse. Cette opération resta incomplète, en ce sens qu'on n'a pu extraire qu'un petit fragment du prolongement orbitaire de celle-ci. La même chose est arrivée à une seconde tentative, faite à l'hôpital de Mustapha, d'Alger.

Depuis lors, la malade souffre, et il subsiste un trajet fistuleux au-dessous de la tête du sourcil qui, exploré par le stylet, conduit à une surface osseuse, dénudée et rugueuse.

Etat actuel. — Par suite de l'accroissement de la tumeur, la face se montre asymétrique.

L'œil est fortement repoussé en bas et en dehors, et la fente palpébrale se trouve obliquement dirigée de haut en bas et de dehors en dedans. La tumeur monte à 5 centimètres au-dessus du sourcil, se prolonge en dedans jusqu'à la rencontre du sourcil opposé, passe obliquement sur la racine du nez, descend dans l'orbite, et atteint en dehors l'apophyse orbitaire externe du frontal. Le volume de la partie frontale de la tumeur égale celui d'un gros œuf de poule; quant au volume de la partie orbitaire de celle-ci, il est difficile de l'apprécier à cause de son siège profond. La consistance en est partout dure. Il existe quelques rugosités à la surface, mais en aucun point le derme n'est adhérent, ni douloureux à la pression. Une exploration faite avec une forte aiguille, puis avec le poinçon d'un trocart explorateur, nous a donné la conviction qu'il s'agissait là d'une tumeur osseuse éburnée, que rien ne pouvait pénétrer.

Nulle part, nous n'avons pu sentir, à la pression digitale, un bruit parcheminé, comme cela arrive en cas de tumeur enfermée dans une coque osseuse, distendue et amincie. En faisant souffler la malade, pendant qu'on lui ferme

alternativement l'une ou l'autre narine, on constate que les fosses nasales sont libres. Toutefois l'odorat est très émoussé du côté de la narine correspondant à la tumeur (la droite), alors que la sensibilité au toucher y est parfaitement conservé.

Ajoutons que la malade perd souvent par cette narine un liquide puro-muqueux, qui parfois se montre sanguinolent.

Jamais il n'y a eu de signes pouvant permettre de soupçonner une propagation de la tumeur du côté de la cavité crânienne.

Pas de céphalalgie, pas de paralysie, pas de vomissements. Seul le territoire cutané du nerf sus-orbitaire est anesthésique, ce qui est dû à une compression directe de cette branche nerveuse par l'exostose orbito-frontale.

Le nerf lacrymal échappe à la pression, ainsi que le témoigne la conservation de la sensibilité cutanée de la moitié externe de la paupière supérieure correspondante.

Par suite de la forte déviation du globe et du tiraillement qui en résulte pour le nerf optique, la vision de l'œil droit se trouve réduite à la perception quantitative de la lumière avec abolition de l'acuité visuelle.

La cornée quoique trouble par places, conserve sa sensibilité au toucher; les milieux restent transparents et permettent de voir la papille qui est d'un blanc atrophique, sans trop de changement dans le calibre des veines, mais avec diminution sensible de celui des artères.

La malade fut opérée le 8 mai, le 9, nausées et vomissements.

Les jours suivants quelques symptômes de méningite et la malade succombe le 14.

L'autopsie démontra que la tumeur avait pris naissance dans toute la paroi inférieure et orbitaire du sinus frontal droit, avec laquelle elle était identifiée, pour de là gagner toute la masse latérale correspondante de l'ethmoïde, autrement dit les fosses nasales, l'orbite, la cavité crânienne et le sinus frontal du côté opposé. Les os propres du nez et une partie de la table externe du frontal étaient également éburnés et confondus avec le tissu de l'ostéome

OBSERVATION XV

PARÉJA

Exostose orbitaire à marche rapide prise pour une tumeur sarcomateuse.

(*Archives d'ophtalmologie*).

Malade âgé de 35 ans. En 15 mois exophtalmie douloureuse de l'œil gauche. Paupière œdémateuse et variqueuse formant un large bourrelet.

Enucléation ; exostose attaquée avec la gouge et le maillet. On fut obligé de s'arrêter à cause de l'amincissement de la paroi supérieure de l'orbite.

3e jour, érysipèle traumatique, abcès temporal et phénomènes de méningite aiguë.

Mort le 6e ou le 7e jour avec abcès des diverses articulations.

Autopsie. — La tumeur osseuse occupait la base du crâne, pénétrait dans l'orbite et le sinus temporal par deux orifices distincts. Tumeur dure, éburnée avec surface occupée par des grains très petits à aspect cunéiforme, en grande partie intra-crânienne et pénétrant dans l'orbite et les fosses temporales par deux orifices rétrécis. Méningite et pyohémie.

OBSERVATION XVI

Claverie (Rosalie), concierge, âgée de 72 ans, vient à la clinique d'ophtalmologie dans les premiers jours du mois de mars 1887.

Pas d'antécédents héréditaires, ni personnels.

Dès le mois de février 1886, la vision de l'œil gauche a subi un affaiblissement progressif avec exophtalmie; quelques douleurs intra-orbitaires bien supportables au début. Depuis quelque temps, vision considérablement diminuée de l'œil droit.

A l'examen de l'œil gauche on constate que la paupière supérieure recouvre complètement le globe oculaire et celui-ci a l'air de s'enfoncer profondément sous la paupière inférieure ; néanmoins on aperçoit une portion de la conjonctive bulbaire dans une étroite ouverture que laissent entre elles les paupières.

En écartant les paupières on voit que l'œil est fortement en bas et en dehors tout en faisant une légère saillie en avant.

Hypérémie conjonctivale avec léger catarrhe. Cornée saine. Pupille dilatée ne réagissant ni à l'accomodation ni à la lumière.

Le rebord orbitaire supérieur est déprimé. Au-dessous et du côté interne, tumeur dure, lisse, du volume d'un œuf de pigeon à base large.

Céphalalgie et douleurs intermittentes.

Opacités cristalliniennes peu marquées.

A l'ophtalmoscope on aperçoit de la névrite optique avec un peu de choroïdite peri-papillaire ; vision abolie.

L'œil droit est rouge, larmoyant depuis quelques jours avec névrite optique; vision inférieure à un dizième. Au début l'œil droit a été traité par des collyres et l'électricité.

Depuis quelque temps la tumeur reste limitée, mais les douleurs sont intolérables et rien ne peut les calmer; la malade demande à être énuclée.

D'après M. le professeur Badal la tumeur appartiendrait à la classe des tumeurs éburnées de l'orbite et serait formée aux dépens de la paroi inférieure du sinus frontal.

Vu l'âge avancé de la malade, M. le professeur Badal ne se soucie guère de l'opérer et se contente momentanément de lui calmer les douleurs avec des pilules d'aconitine et de quinine.

Le 22 mai, dernier jour que la malade s'est présentée à la Clinique, les douleurs ont à peu près disparu; elle est si contente qu'elle demande de nouveau quelques pilules et n'est plus décidée à se laisser opérer. Néanmoins, la tumeur fait d'énormes progrès; l'œil est plus proéminent, semble luxé par la tumeur qui le pousserait de bas en haut par son pôle postérieur, ce qui fait que la cornée est absolument cachée par la paupière inférieure; la tumeur a gagné la fosse temporale et à ce niveau on constate une saillie grosse à peu près comme une noix.

La vision étant complètement abolie l'énucléation sera pratiquée si les souffrances reviennent aussi fortes qu'auparavant; peut-être même après essaiera-t-on d'extirper une partie de l'ostéome.

(Clinique ophtalmologique de Bordeaux.)

ARCHIVES D'OPHTALMOGIE T. II

Exostose éburnée de l'orbite, guérison par l'iodure de potassium. (A. Niéden)

Chez une femme de 24 ans, on observe au voisinage du trou sus-orbitaire une saillie osseuse acuminée de la grosseur d'une lentille, le périoste du voisinage n'a subi aucune irritation, œil intact, pas de douleurs. Iodure de potassium et pilules d'iodure de mercure. Guérison en 2 mois.

Exostose de l'orbite. (Sands).

La tumeur était dure, elle s'était développée lentement et partait du plancher de l'orbite, elle avait amené une oblitération de la fosse nasale correspondante. L'auteur voulut l'enlever par l'antre d'Highmore après avoir fait sauter sa paroi antérieure. Elle n'avait pas de prolongement dans cette cavité, il dut enlever alors une tumeur dure, grosse comme une châtaigne, qui s'insérait sur une des lèvres de la fente sphéno-maxillaire en même temps qu'un fragment du plancher de l'orbite; la vision reste bonne. La tumeur était formée d'une masse osseuse réunie autour d'un noyau catilagineux.

CONCLUSIONS

Nous avons publié 14 cas d'exostoses éburnées de l'orbite avec opération ; 11 succès et 3 insuccès seulement.

Cette statistique, quoique restreinte, nous démontre parfaitement que les tumeurs éburnées de l'orbite avec ou sans prolongements peuvent et doivent presque toujours subir une opération vu les nombreux cas de succès obtenus.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES.

Vu, bon a imprimer :
Bordeaux, 12 juillet 1887.
Le Président,
Dr BADAL

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 13 juillet 1887.
Le Recteur,
H. OUVRÉ.

11,635. — Bordeaux, Ve Cadoret, impr., rue Montméjan,17.